RÉGIE RÉGIONALE
DE LA SANTÉ ET DES
SERVICES SOCIAUX
DE L'ESTRIE

Orientations sur les services offerts aux personnes âgées en perte d'autonomie

Document adopté par le conseil d'administration de la Régie régionale de la santé et des services sociaux de l'Estrie le 19 février 2003

106-03360/

Note au lecteur : le texte en grisé réfère à deux sources :

- Orientations ministérielles sur les services offerts aux personnes âgées en perte d'autonomie, MSSS, février 2001
- Plan d'action et de mise en oeuvre 2001-2004 – Orientations ministérielles sur les services offerts aux personnes âgées en perte d'autonomie – document de travail, MSSS

TABLE DES MATIÈRES

Sigles utilisés dans le document	page 3
Introduction	page 4
Historique des travaux	page 4
Portrait des personnes âgées en Estrie	page 5
La structure de nos établissements	page 7
Objectifs poursuivis	page 7
Principes directeurs	page 7
Le modèle	page 8
Les priorités de travail	page 9
Évaluation de l'actualisation des orientations ministérielles	page 10
Conclusion	page 10
Première orientation : L'intégration des services	page 11
Deuxième orientation : L'accès à une gamme de services mieux adaptés à la diversification et à la complémentarité des besoins	page 17
Troisième orientation : La qualité et l'évolution des pratiques, des interventions et des milieux	page 22

SIGLES UTILISÉS DANS LE DOCUMENT

AVQ	Activité de la vie quotidienne
CHCD	Centre hospitalier de courte durée
CHSLD	Centre d'hébergement et de soins de longue durée
CHUS	Centre hospitalier universitaire de Sherbrooke
CLSC	Centre local de services communautaires
CNDE	Centre Notre-Dame-de-l'Enfant
CREI	Centre de réadaptation Estrie inc.
DRMG	Département régional de médecine générale
GRH	Gestion des ressources humaines
IUGS	Institut universitaire de gériatrie de Sherbrooke
MPOC	Maladie pulmonaire occlusive chronique
MRC	Municipalité régionale de comté
MSSS	Ministère de la Santé et des Services sociaux
PLOS	Plan local d'organisation de services
PRISMA	Programme de recherche sur l'intégration des services de maintien de l'autonomie
PROS	Plan régional d'organisation de services
PSI	Plan de services individualisé
RI	Ressource intermédiaire
RISPA	Réseau intégré de services aux personnes âgées
RTF	Ressource de type familial
SAD	Services à domicile
SICHELD	Système d'information clientèle en centre d'hébergement et de soins de longue durée
SIGG	Système d'information géronto-gériatrique
SMAF	Système de mesure de l'autonomie fonctionnelle
UCDG	Unité de courte durée gériatrique
URFI	Unité de réadaptation fonctionnelle intensive

SIGLES UTILISÉS DANS LE DOCUMENT

AVQ	Activité de la vie quotidienne
CHCD	Centre hospitalier de courte durée
CHSLD	Centre d'hébergement et de soins de longue durée
CHUS	Centre hospitalier universitaire de Sherbrooke
CLSC	Centre local de services communautaires
CNDE	Centre Notre-Dame-de-l'Enfant
CREI	Centre de réadaptation Estrie inc.
DRMG	Département régional de médecine générale
GRH	Gestion des ressources humaines
IUGS	Institut universitaire de gériatrie de Sherbrooke
MPOC	Maladie pulmonaire occlusive chronique
MRC	Municipalité régionale de comté
MSSS	Ministère de la Santé et des Services sociaux
PLOS	Plan local d'organisation de services
PRISMA	Programme de recherche sur l'intégration des services de maintien de l'autonomie
PROS	Plan régional d'organisation de services
PSI	Plan de services individualisé
RI	Ressource intermédiaire
RISPA	Réseau intégré de services aux personnes âgées
RTF	Ressource de type familial
SAD	Services à domicile
SICHELD	Système d'information clientèle en centre d'hébergement et de soins de longue durée
SIGG	Système d'information géronto-gériatrique
SMAF	Système de mesure de l'autonomie fonctionnelle
UCDG	Unité de courte durée gériatrique
URFI	Unité de réadaptation fonctionnelle intensive

INTRODUCTION

Le vieillissement accéléré de la population québécoise constitue un phénomène des plus importants. Parmi les pays industrialisés, la croissance du nombre de personnes âgées au Québec sera une des plus rapides. D'ici 20 ans, la proportion de personnes âgées du Québec passera de 13 % à 21,4 %. L'Estrie n'échappera pas à cette tendance, passant de 13,9 % à 23 % en 2021.

Le vieillissement de la population, combiné aux problèmes de santé qui surviennent après 65 ans et surtout après 75 ans et leurs conséquences comme la perte d'autonomie et le besoin d'aide dans les activités de la vie courante, nous amènent à requestionner l'organisation des services aux personnes âgées.

Les personnes âgées désirent demeurer chez elles, dans leur milieu de vie naturel, le plus longtemps possible, tout en ayant accès aux services requis par elles-mêmes et leurs proches.

Puisque la clientèle des personnes âgées se retrouve au centre de nos préoccupations, on doit requestionner l'organisation des services qui leur sont destinés, en tenant compte de leurs besoins évolutifs, tout en nous assurant qu'elles auront accès aux services requis par elles-mêmes et par leurs proches. Le ministère de la Santé et des Services sociaux, par le biais de ses « Orientations ministérielles sur les services offerts aux personnes âgées en perte d'autonomie », nous convie à un tel exercice. [1]

HISTORIQUE DES TRAVAUX

En septembre 1996, dans le cadre de la transformation du réseau de la santé et des services sociaux, le conseil d'administration de la Régie régionale de l'Estrie adoptait le «Plan régional d'organisation de services aux personnes aînées» (PROS). Une série d'objectifs ont été visés dans le cadre d'un plan d'action régional s'adressant à l'ensemble des personnes âgées de 65 ans et plus.

En avril 1998, le conseil d'administration de la Régie régionale adoptait les « Orientations concernant les services aux personnes âgées » afin de cibler 25 recommandations en lien avec le PROS personnes aînées. Parmi les priorités, figure la mise en place d'un réseau intégré de services pour personnes âgées dans toutes les MRC de l'Estrie.

Par la suite, en mai 2000, il y avait l'adoption des «Orientations concernant les services aux personnes âgées – examen de la situation après une année d'implantation ». Dans ce document, le conseil d'administration de la Régie régionale réaffirmait la poursuite d'objectifs, principalement en regard du maintien des personnes âgées dans leur milieu de vie naturel.

La présente démarche de planification de services s'adressant spécifiquement aux personnes âgées en perte d'autonomie, s'inscrit dans la poursuite des objectifs visés par des travaux antérieurs tout en y intégrant des dimensions novatrices en terme d'alliance avec les médecins omnipraticiens des différentes MRC. On y aborde aussi la nécessité de la mise en place du continuum de services gériatriques et des dimensions en lien avec la programmation en hébergement.

---

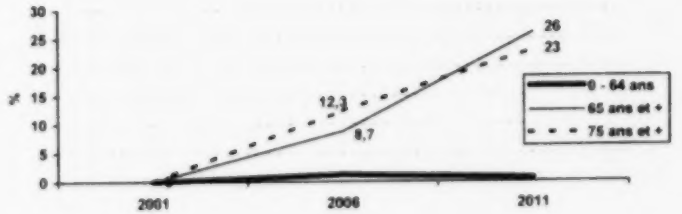
[1] Orientations ministérielles sur les services offerts aux personnes âgées en perte d'autonomie, 2001, page 21

PORTRAIT DES PERSONNES ÂGÉES EN ESTRIE

Vieillissement de la population

- On estime à environ 40 440 le nombre actuel de personnes âgées de 65 ans ou plus en Estrie. Ce nombre représente 13,9 % de la population totale du territoire. En 2011, 16,8 % de la population sera âgée de 65 ans ou plus. En 2021, ce pourcentage s'établira à 23 %. Ainsi, le nombre passera de 40 440 à environ 72 000.
- Ce sont les MRC d'Asbestos et de Memphrémagog qui présentent les plus fortes proportions de personnes âgées, respectivement avec 18,8 % et 16 %.
- Entre 2001 et 2011, l'Estrie connaîtra une augmentation de 26 % de sa population âgée de 65 ans ou plus et de 23 % de celle âgée de 75 ans ou plus, comparativement à moins de 1 % pour la population âgée de moins de 65 ans.

Pourcentage d'accroissement de la population selon certains groupes d'âge, Estrie, 2001 à 2011



Caractéristiques sociodémographiques

- Environ 58 % des personnes âgées de 65 ans et plus sont des femmes. Cette proportion atteint 64 % chez les 75 ans et plus.
- Le domicile est le milieu de vie privilégié des aînés. En 1996, environ 85 % des Estriens de 65 ans ou plus vivaient à domicile. Ce pourcentage s'établissait à près de 72 % chez les 75 ans et plus.
- En 1996, environ le tiers des personnes âgées de l'Estrie vivaient seules, soit 18 % des hommes et 42 % des femmes de 65 ans ou plus.
- Environ 23 % des personnes âgées qui vivent en ménage privé ont un niveau de revenu que l'on peut qualifier de pauvre (17 %) ou de très pauvre (6 %). Par contre, le tiers (33 %) des aînés se *perçoit* pauvre ou très pauvre.
- Quelque 90 % des aînés de l'Estrie sont d'expression française.

Habitudes de vie et état de santé

- Dans l'ensemble, les personnes âgées démontrent de meilleures habitudes de vie que les groupes plus jeunes de la population. Par exemple, ils sont plus actifs physiquement que les 25 – 64 ans (53 % c. 46 %), fument et boivent de l'alcool proportionnellement moins que les plus jeunes. Par contre, seulement le tiers affiche un poids santé contre 64 % pour le reste de la population.

- Environ 77 % des aînés vivant en ménage privé perçoivent leur santé comme étant bonne à excellente, même si 80 % déclarent au moins un problème de santé.

- Près de 85 % des aînés de l'Estrie déclarent un soutien social adéquat, c'est-à-dire un niveau satisfaisant d'aide physique et morale apportée par leur entourage.

- Même si environ 80 % des aînés en Estrie ne déclarent aucune incapacité à long terme, l'allongement de leur espérance de vie ne se traduit pas nécessairement par un ajout de santé aux années qui leur restent à vivre. En Estrie, les hommes et les femmes de 65 ans et plus peuvent espérer vivre encore 16 et 20 ans respectivement. Toutefois, au cours de ces années, les hommes risquent de souffrir d'incapacité pendant au moins 4 ans et les femmes à peu près pendant 7 ans.

- Les principales causes d'incapacité à long terme sont les problèmes ostéo-articulaires, les problèmes cardiovasculaires, les problèmes respiratoires, les accidents et les problèmes mentaux.

- On estime que 8 % des personnes âgées de 65 ans ou plus souffrent d'une forme de démence (surtout d'Alzheimer) et que ce chiffre serait de 35 % pour celles de 85 ans ou plus. Au moins la moitié des personnes âgées hébergées en institution sont atteintes de démence.

Recours aux services

- En Estrie comme au Québec, les aînés accaparent une part croissante des services de santé et de services sociaux : entre 1980 et 2000 en région, le pourcentage des dépenses publiques pour les personnes âgées est passé de 37 % à environ 52 %.

- Près de 3 personnes âgées sur 10 (29,8 %) sont hospitalisées annuellement pour des soins de courte durée en centre hospitalier. Les principales causes d'hospitalisation sont les maladies de l'appareil circulatoire (30 %), les tumeurs (11 %), les maladies de l'appareil respiratoire (11 %), les maladies de l'appareil digestif (11 %) et les traumatismes (7 %). La durée moyenne de séjour à l'hôpital est d'environ 10 jours.

- Pour la clientèle adultes et personnes âgées en perte d'autonomie, la région dispose d'environ 1 897 lits d'hébergement publics, soit 1 668 lits en centres d'hébergement de longue durée, 151 places en pavillons et 78 en résidences d'accueil. La durée moyenne d'attente pour être admis dans ces ressources est d'environ 4 mois. La région dispose également d'environ 4 400 places d'hébergement en ressources privées.

- Environ 30 % des personnes âgées de 65 ans ou plus sont desservies en région par des services publics de maintien à domicile (soins infirmiers, aide, services sociaux, réadaptation).

LA STRUCTURE DE NOS ÉTABLISSEMENTS

Dans le contexte du plan de transformation du réseau en 1995, les établissements à l'intérieur des 6 MRC périphériques à Sherbrooke ont fusionné. Ainsi, les CLSC, CHSLD et CHCD se sont regroupés sous une même administration dans chacune de ces MRC.

Pour la MRC de Sherbrooke, la fusion s'est opérée horizontalement au niveau des CHCD et au niveau des CLSC. On y retrouve actuellement un CLSC, un CHCD, quatre CHSLD publics et privés conventionnnés, dont l'IUGS.

En 1996, la mission personne âgée incluant la courte durée gériatrique a été concentrée à l'IUGS. LE CHUS s'est alors dédié aux soins aïgus.

OBJECTIFS POURSUIVIS [2]

Les objectifs poursuivis par la présente démarche s'inspirent de ceux visés par le MSSS, soit de jeter les balises nous permettant de procéder à une réorganisation des services sociosanitaires qui soit ajustée aux nouveaux besoins des personnes âgées. De plus, on vise à :

a) permettre à la population visée de recevoir les services dont elle a besoin en demeurant le plus possible dans son milieu naturel tout en maintenant une gamme complète de services de qualité dans différents milieux de vie;
b) permettre aux proches et au personnel soignant qui auront la charge de ces personnes d'assumer leur rôle dans des conditions convenables;
c) améliorer la performance du système : le bon service, à la bonne personne, au bon endroit, au meilleur coût, sans dédoublement;
d) implanter les systèmes intégrés de services.

La finalité recherchée : offrir de meilleurs services aux personnes âgées en perte d'autonomie afin de répondre aux besoins liés aux incapacités associées au vieillissement.

PRINCIPES DIRECTEURS [3]

Les principes directeurs s'appuient sur les lignes directrices énoncées dans le PROS personnes aînées et aux valeurs guidant l'approche gériatrique en région :

1) La personne âgée (et son entourage) est au centre de l'action. Elle se retrouve au cœur des décisions quant aux services à lui offrir. La participation est recherchée à toutes les étapes de l'intervention.
2) Le milieu naturel est reconnu comme milieu de vie privilégié. Lorsque des services d'aide sont requis, on doit privilégier le recours à des ressources légères qui favorisent le maintien de la personne âgée dans son milieu de vie.
3) Le réseau naturel de soutien est reconnu comme indispensable au maintien dans le milieu de vie naturel. Une priorité est donc donnée aux mesures les plus susceptibles de le soutenir et d'éviter son épuisement.

---

[2] Orientations concernant les services aux personnes âgées, août 1998, p. 3
[3] Orientations concernant les services aux personnes âgées, août 1998, p. 3

4) Une priorité est également donnée aux mesures permettant d'éviter une perte d'autonomie ou l'émergence d'incapacité chez les personnes âgées. Le développement d'une approche globale multidimensionnelle qui insiste sur l'importance de la prévention.
5) L'intervention médicale et sociale précoce est privilégiée par l'utilisation d'outils de dépistage et l'intervention rapide et globale une fois la situation à risque identifiée.
6) Les notions d'accessibilité, d'adaptation des services aux besoins des personnes âgées, de continuité, de complémentarité et de qualité deviennent un leitmotiv pour les acteurs impliqués.
7) L'utilisation de la ressource la plus pertinente au point de vue clinique, humain et financier.
8) Le développement d'un réseau de services intégrés aux personnes âgées en perte d'autonomie, basé sur l'organisation de la prestation de services de première ligne et de deuxième ligne pour une population définie.

LE MODÈLE

La réponse aux besoins des personnes âgées vulnérables concerne l'offre de services de santé. Le modèle proposé réfère aux principaux éléments suivants :

- Une approche locale pour assurer des services de proximité afin de répondre aux besoins de la population;
- Une intégration des services pour assurer une complémentarité et une continuité de soins et services en fonction des besoins des personnes âgées et de leurs proches;
- Un guichet unique qui facilite l'accès aux services;
- Une équipe locale (CLSC-CHSLD) qui collabore avec les médecins de famille afin d'assurer la prise en charge, supportée par une équipe de gériatrie, pour une intervention ponctuelle et spécialisée;
- Une fonction de courtage et de coordination, la gestion de cas, pour assurer la continuité des services. Ces services sont destinés à la clientèle en perte d'autonomie modérée à sévère qui requiert, de façon continue et simultanée, des services de plusieurs établissements, organismes communautaires et partenaires;
- Une concertation stratégique, administrative et clinique;
- Une gamme de services complète :
  - information, prévention, dépistage;
  - aide à la personne;
  - aide aux proches;
  - services professionnels de base, à domicile ou en établissement;
  - services spécialisés de gérontogériatrie, de psychogériatrie et de réadaptation;
  - milieux de vie substituts;
  - soins palliatifs.

  et ce en complémentarité avec les continuum en santé physique, santé mentale, déficience physique et déficience intellectuelle;
- Un responsable local de la gestion des ressources, un budget "personnes âgées en perte d'autonomie" défini;
- Des préoccupations quant à la qualité des pratiques, des interventions et des milieux dans lesquels vivent les personnes âgées en perte d'autonomie.

La mise en place de ces conditions gagnantes permettra une meilleure utilisation de nos ressources, notamment en ce qui concerne les services de la salle d'urgence, la courte durée, incluant l'UCDG et l'URFI et l'hébergement. Ainsi, la consolidation des services dans la communauté vise du même coup un désengorgement du CHUS.

Les aidants naturels répondent à la majorité des besoins. Ils sont donc considérés comme un usager au même titre que la personne en perte d'autonomie. En raison des nouvelles responsabilités pour les familles et les proches, on doit s'assurer de leur consentement à contribuer au plan de services.

LES PRIORITÉS DE TRAVAIL

La redéfinition de l'organisation des services aux personnes âgées nous amène à relever plusieurs défis. Puisque nous ne pouvons travailler sur tous les plans en même temps, nous devons établir des priorités :

L'INTÉGRATION DES SERVICES	
La composante clinique	
# 1	Des médecins de famille qui travaillent auprès des personnes âgées. - Organisation des services médicaux en arrimage avec le réseau intégré de services. - Accessibilité des services médicaux en première ligne afin d'éviter le recours à la 2 e et 3 e ligne lorsque non requis. - Arrimage avec l'équipe locale : CLSC – CHSLD – gestion de cas, supportée par des services gériatriques, les organismes communautaires.
# 2	La gestion de cas : compléter l'implantation de la fonction selon le nombre requis, tout en s'assurant de la disponibilité du panier de services.
LA GAMME DE SERVICES	
# 3	Priorité aux services de proximité pouvant contribuer au maintien dans le milieu de vie naturel, en établissement, organismes communautaires et entreprises d'économie sociale : - Aide à la personne; - Aide aux proches; - Services professionnels de base; - Services gériatriques en support à l'équipe locale; - Information – prévention – dépistage.
# 4	Alternatives à l'hébergement afin d'éviter le recours à des ressources plus lourdes lorsque non requises.
La composante administrative	
# 5	Un budget "personnes âgées en perte d'autonomie".
# 6	Un responsable de la gestion des ressources.
# 7	Disponibilité du financement requis par les établissements et les organismes communautaires afin que les priorités puissent être actualisées.
La composante clinique	
# 8	Un système d'évaluation des besoins : - Compléter l'implantation de l'OEMC version 2002 auprès de l'ensemble des partenaires concernés; - Développer les outils complémentaires.
# 9	Un système de classification des besoins - poursuivre le développement des profils ISO-SMAF comme outil de gestion en hébergement et à domicile.
La composante organisationnelle	
# 10	Un système de communication afin de supporter l'intégration.
# 11	L'évolution des milieux de vie substituts : - Qualité des services dans les différents milieux où vivent les personnes âgées en perte d'autonomie, notamment en résidence privée; - Définir un cadre de référence concernant les services en milieu d'hébergement.
# 12	L'évolution des interventions : - Le développement professionnel continu.

Un calendrier de travail sera élaboré afin de situer ces priorités de travail dans un échéancier.

LES PRIORITÉS DE TRAVAIL

La redéfinition de l'organisation des services aux personnes âgées nous amène à relever plusieurs défis. Puisque nous ne pouvons travailler sur tous les plans en même temps, nous devons établir des priorités :

L'INTÉGRATION DES SERVICES	
La composante clinique	
# 1	Des médecins de famille qui travaillent auprès des personnes âgées. - Organisation des services médicaux en arrimage avec le réseau intégré de services. - Accessibilité des services médicaux en première ligne afin d'éviter le recours à la 2 e et 3 e ligne lorsque non requis. - Arrimage avec l'équipe locale : CLSC – CHSLD – gestion de cas, supportée par des services gériatriques, les organismes communautaires.
# 2	La gestion de cas : compléter l'implantation de la fonction selon le nombre requis, tout en s'assurant de la disponibilité du panier de services.
LA GAMME DE SERVICES	
# 3	Priorité aux services de proximité pouvant contribuer au maintien dans le milieu de vie naturel, en établissement, organismes communautaires et entreprises d'économie sociale : - Aide à la personne; - Aide aux proches; - Services professionnels de base; - Services gériatriques en support à l'équipe locale; - Information – prévention – dépistage.
# 4	Alternatives à l'hébergement afin d'éviter le recours à des ressources plus lourdes lorsque non requises.
La composante administrative	
# 5	Un budget "personnes âgées en perte d'autonomie".
# 6	Un responsable de la gestion des ressources.
# 7	Disponibilité du financement requis par les établissements et les organismes communautaires afin que les priorités puissent être actualisées.
La composante clinique	
# 8	Un système d'évaluation des besoins : - Compléter l'implantation de l'OEMC version 2002 auprès de l'ensemble des partenaires concernés; - Développer les outils complémentaires.
# 9	Un système de classification des besoins - poursuivre le développement des profils ISO-SMAF comme outil de gestion en hébergement et à domicile.
La composante organisationnelle	
# 10	Un système de communication afin de supporter l'intégration.
# 11	L'évolution des milieux de vie substituts : - Qualité des services dans les différents milieux où vivent les personnes âgées en perte d'autonomie, notamment en résidence privée; - Définir un cadre de référence concernant les services en milieu d'hébergement.
# 12	L'évolution des interventions : - Le développement professionnel continu.

Un calendrier de travail sera élaboré afin de situer ces priorités de travail dans un échéancier.

Évaluation de l'actualisation des orientations ministérielles

L'évaluation de l'implantation, du fonctionnement et des impacts de l'actualisation des orientations est une dimension essentielle de la planification. La mise en place d'un mécanisme de suivi et d'évaluation permet des ajustements continus tout en donnant l'assurance que les efforts consentis et les actions posées vont dans la bonne direction et produisent les effets escomptés. Un cadre d'évaluation est donc nécessaire pour déterminer les objets de la planification qui doivent être appréciés, l'utilité de l'information générée, les responsabilités et les façons de faire.

En Estrie, comme chaque MRC est présentement à mettre en place son propre réseau intégré de services aux aînés, la Régie régionale s'est donnée divers moyens pour obtenir de l'information de gestion sur l'actualisation et les éventuels effets des réseaux intégrés. Ainsi, un suivi général d'implantation est en cours dans chaque MRC. De plus, en association avec le Centre de recherche de l'Institut universitaire de gériatrie de Sherbrooke, une recherche évaluative (PRISMA) est en voie de réalisation dans trois MRC (de Coaticook, du Granit et de la ville de Sherbrooke). Les objectifs spécifiques de cette recherche sont les suivants :

1) Opérationnaliser aux plans stratégique, tactique et opérationnel les mécanismes et outils pour dispenser des services intégrés.
2) Développer et valider des instruments cliniques et de gestion qui supportent l'opérationnalisation d'un réseau de services intégrés et qui facilitent l'adaptation à de nouveaux modes de pratique professionnelle et organisationnelle.
3) Développer, valider ou adopter des mesures de la qualité des services, une méthode d'évaluation des coûts et des indicateurs de continuité de services.
4) Évaluer l'implantation et le fonctionnement des réseaux intégrés de services des trois MRC, soit :
   a) vérifier ce qui est implanté par rapport à ce qui est planifié;
   b) comparer les implantations dans les trois territoires;
   c) dégager les facteurs de succès et d'échec;
   d) proposer des ajustements;
   e) mesurer l'atteinte de la clientèle-cible et la réponse aux besoins;
   f) vérifier si l'accessibilité et la continuité correspondent aux attentes.
5) Évaluer l'impact des réseaux intégrés sur :
   a) l'accessibilité et la continuité des services;
   b) l'autonomie fonctionnelle et la capacité de se prendre en charge des clients;
   c) la satisfaction des clients et de leurs aidants;
   d) le fardeau des aidants;
   e) l'utilisation des ressources publiques, privées et bénévoles;
   f) les coûts publics et privés.

Un rapport intérimaire de la recherche évaluative a été déposé à l'automne 2002.

CONCLUSION

La Régie régionale de la santé et des services sociaux de l'Estrie s'est donnée comme mandat de définir ses orientations en matière de services aux personnes âgées en perte d'autonomie. Les orientations retenues reposent principalement sur la mise en place de réseaux intégrés de services aux personnes agées en perte d'autonomie. Le défi est de taille et pourra se réaliser avec la complicité de l'ensemble des partenaires concernés et avec la « lunette client ». Nous requérons aussi l'appui du MSSS par le biais de plans de mise en œuvre qui pourraient soutenir et faciliter les changements requis.

PREMIÈRE ORIENTATION : L'INTÉGRATION DES SERVICES

Passer de la juxtaposition des services à leur intégration amène à choisir des modalités organisationnelles qui suscitent la collaboration de tous les intervenants et qui prévoient l'utilisation complémentaire des ressources, de manière à favoriser une prestation de soins et de services continus. L'intégration de services s'actualise par la mise en place de réseaux intégrés pour les personnes âgées d'un territoire supportée par des outils favorisant le partage et l'information.
(réf. Orientations ministérielles sur les services offerts aux personnes âgées en perte d'autonomie, MSSS, février 2001, p. 22)

	ACTIONS	RÉSULTATS ATTENDUS	RESPONSABLES	COLLABORATEURS [1]	ÉTAT DE SITUATION EN ESTRIE
1- Mise en place de la composante organisationnelle					
1.	Identification des territoires locaux aptes à servir d'assise à l'implantation des réseaux intégrés de services.	° En place : ° 6 MRC hors Sherbrooke ° 1 ville de Sherbrooke	Régie régionale	Établissements Org. communautaires Partenaires	• Approche par MRC déjà retenue dans le Plan régional d'organisation de services aux personnes aînées (PROS) adopté par le conseil d'administration de la Régie régionale en 1996. • Responsabilité qui s'étend à l'ensemble des services de santé et des services sociaux dont peuvent avoir besoin les personnes âgées en perte d'autonomie. • Maintien en milieu de vie naturel mettant à contribution l'entourage et les groupes communautaires ainsi que les partenaires intersectoriels.
2.	**Implantation de guichets uniques qui facilitent l'accès aux services.** **« Par guichet unique, on entend : un seul point d'entrée et un seul mécanisme d'orientation et d'admission pour les personnes qui font des demandes de services à domicile et d'hébergement sur un territoire ».** **(réf. Orientations ministérielles sur les services offerts aux personnes âgées en perte d'autonomie, MSSS, février 2001, p. 23)**	° Compléter l'implantation du PRISMA 7, outil de dépistage en l'absence d'un SMAF, dans l'ensemble des établissements, org.communautaires, entreprises d'économie sociale en 2003-2004, médecins de famille, résidences privées en 2004-2007. ° Mise en place de la fonction « relance » pour les clientèles qui le requièrent. ° Diffusion locale pour rejoindre la population.	Établissements Instances locales de concertation	Établissements locaux Établissements régionaux Org. communautaires Cabinets privés Entreprises économie sociale PRISMA Résidences privées	• Les guichets sont implantés dans les 7 territoires. • Le PRISMA 7 est partiellement implanté. • Le SMAF est l'outil commun au niveau des établissements.

[1] À titre indicatif

	ACTIONS	RÉSULTATS ATTENDUS	RESPONSABLES	COLLABORATEURS [1]	ÉTAT DE SITUATION EN ESTRIE
3 a)	**Mise en place d'un système d'évaluation des besoins des personnes intégré, multidimensionnel et évolutif pour éviter la multiplication des interventions.**	° Implantation à compléter pour avril 2003 en courte durée, en CHSLD et au niveau des soins à domicile. ° Développement d'outils cliniques complémentaires à prévoir en fonction des travaux du MSSS. ° S'assurer de la disponibilité du diagnostic médical et psychosocial.	Régie régionale Établissements CHSLD Courte durée MSSS	Centre de recherche de IUGS Équipes gériatriques DRMG Médecins de famille CHUS GMF CREI CNDE/Dixville	• Formation de l'outil multiclientèle complétée en octobre 2000 pour le maintien à domicile. • SMAF implanté dans tous les milieux. • OEMC version 2002 : formation des utilisateurs en cours. Échéancier : avril 2003. • Le diagnostic biopsychosocial constitue la base de l'intervention et doit accompagner l'évaluation. Le diagnostic n'est pas toujours accessible à ce moment-ci.
3 b)	**Mise en place d'un système de classification des besoins axé sur le profil d'autonomie fonctionnelle et associé à l'utilisation et au coût des ressources.**	° Arrimage avec les travaux du MSSS à venir. ° Application des profils ISO-SMAF pour les clientèles à domicile : 2004. ° Poursuivre l'évaluation annuelle des clientèles en hébergement. ° Soutenir les gestionnaires concernant le développement d'un outil de dotation du personnel. ° Collaborer aux travaux du Centre de recherche concernant les composantes en réadaptation.	Régie régionale CLSC CHSLD MSSS	Centre de recherche de IUGS Établissements CHSLD Résidences privées	• Évaluation des profils de l'autonomie fonctionnelle (profils ISO-SMAF) : complétée pour 100 % de la clientèle CHSLD-RI-RTF. Complétée en 2000-01 et en 2002. Sera faite sur une base annuelle. • Le seuil d'accès en CHSLD a été déterminé à partir du profil 10 et +, tout en tenant compte de l'état de santé des usagers. • Répartition d'allocation budgétaire en CHSLD implantée en 2001-2002 en fonction du coût des ressources calculé suite à l'évaluation de la clientèle basée sur ISO-SMAF et à l'intérieur de la méthode d'équité. - budget disponible / budget Estrie standard (ISO-SMAF)
3 c)	**Mise en place d'un système de communication pour relier efficacement les professionnels du RISPA**	° En fonction des travaux ministériels à venir. ° Liens à faire avec projet de connectivité médicale : selon l'évolution des travaux. ° Liens à faire avec informatisation des GMF en 2003 et suivantes. ° Disponibilité en mode local ou établissement : automne 2003.	Régie régionale Instances locales de concertation GMF DRMG	Établissements Org. communautaires Cabinets privés Partenariat SIGG Technocentre de l'Estrie CMR Pharmaciens communautaires	• L'implantation du SIGG en mode réseau ou régional sera complétée au printemps 2003 dans les 7 territoires. • Travaux pour développer le mode local ou mode établissement en cours.

	ACTIONS	RÉSULTATS ATTENDUS	RESPONSABLES	COLLABORATEURS [1]	ÉTAT DE SITUATION EN ESTRIE
2. Mise en place de la composante clinique					
1 a)	**Implantation d'un système de gestion de cas et désignation de gestionnaires de cas.** **« La gestion de cas est un processus clinique dont l'application doit être adaptée en fonction de la situation de la personne âgée, mais également selon l'évolution des circonstances, selon l'engagement des proches et du médecin traitant et selon les rôles des différents membres de l'équipe. Ce processus est sous la responsabilité d'une personne (...) qui se porte garante en quelque sorte de la continuité des soins et des services... ».** (réf. Orientations ministérielles sur les services offerts aux personnes âgées en perte d'autonomie, MSSS, fév. 01, p.24)	◦ Compléter l'implantation selon le nombre requis (43) : ◦ 75 % en 2003-2004 ◦ 85 % en 2004-2005 ◦ 100 % en 2005-2006.	Régie régionale Établissements Instances locales de concertation	Établissements DRMG Org. communautaires PRISMA	• Environ 17 gestionnaires de cas en fonction. • 2 modèles en Estrie : fonction de coordination et de courtage ou fonction de coordination courtage et activités cliniques en lien avec profession d'origine, généralement en travail social ou en soins infirmiers.
1 b)	**Implantation des équipes locales de services intégrés, incluant les médecins de famille et coordination de l'offre de services et du partage de l'information entre les intervenants.** **Intervenants des CLSC – CHSLD, en complémentarité avec les médecins de famille.**	◦ Arrimage des médecins de famille à l'équipe locale (CLSC-CHSLD) re : accès à des services médicaux en première ligne, en complémentarité avec l'équipe locale : 2003-2006. ◦ Harmonisation et intégration des pratiques CLSC-CHSLD : 2003 et suivantes. ◦ Arrimage des médecins de famille et GMF à l'équipe locale : 2003 et suivantes. En lien avec une équipe de médecins de famille intégrée, et un partage de garde en disponibilité. ◦ Consolidation des liens avec les autres continuums (santé physique, santé mentale, déficience physique, déficience intellectuelle) : 2004-2007	Établissements Instances locales de concertation DRMG GMF Resp.implantation du RISPA DRMG GMF Régie régionale	Resp. implantation RISPA Établissements Org. communautaires Médecins de famille Org. communautaires Instances locales de concertation Établissements Régie régionale Comités directeurs Resp.implantation RISPA DRMG Instances locales de concertation Établissements Org. communautaires	• Travaux régionaux complétés concernant la confidentialité , le consentement et le partage de l'information. La signature des protocoles est en cours au niveau local. • Travaux en cours menés par le DRMG : implication et rôle des médecins de famille au niveau du RISPA, en lien avec l'organisation des services médicaux aux personnes âgées en perte d'autonomie; systèmes de garde. • La nouvelle forme de gouverne reliant les établissements et les cabinets privés suppose une équipe de médecins de famille intégrée et un partage de garde en disponibilité. • Équipe locale en place dans les 7 territoires. • Travaux d'arrimage en cours au niveau local et régional concernant l'arrimage avec les médecins. • Grande implication du DRMG (organisation des services médicaux à domicile) : Système de garde, arrimage avec équipe locale et équipe gériatrique pour consolider liens. • Travaux en cours concernant arrimage avec santé physique vs hébergement temporaire, liaison CHUS/CLSC vs clientèle âgée.

	ACTIONS	RÉSULTATS ATTENDUS	RESPONSABLES	COLLABORATEURS [1]	ÉTAT DE SITUATION EN ESTRIE
1 c)	**Implantation d'une équipe de gériatrie locale ou sous-régionale. « L'accès aux services spécialisés, comme la gériatrie, la psychogériatrie et les services de réadaptation intensive, peut être organisé régionalement, mais la prestation de services doit se faire le plus près possible des milieux de vie. Il suppose une organisation systémique pour éviter les délais indus et pour favoriser l'utilisation adéquate et efficace des services de courte durée »** (réf. Orientations ministérielles sur les services offerts aux personnes âgées en perte d'autonomie, MSSS, février 2001, p. 23)	° Expérimentation d'un mode d'organisation de services aux personnes âgées intégrant la dimension RISPA, unité 72 heures, hôpital de jour, sur une base locale : ° Accès à des services gériatriques pour une évaluation ponctuelle ° MRC de Coaticook 2002-2003 ° Autres MRC : 2004-2007, si expérimentation est concluante.	Régie régionale Équipes de gériatrie	Établissements CHUS DRMG IUGS Org. communautaires Comités directeurs Instances de concertation locales	• Services disponibles sur une base locale dans 3 MRC. • Problèmes d'accessibilité aux services régionaux (UCDG-URFI) : liste d'attente. • Certaines clientèles dont le séjour à l'UCDG et/ou à l'URFI est terminé, peuvent être orientées vers l'hébergement et être en attente dans les lits de l'UCDG et de l'URFI. La clientèle en provenance du domicile précède celle des UCDG et URFI en terme de priorisation. Ceci influence donc le taux de roulement pour ce type de ressource. • Projet U-72 gériatrique en cours dans la MRC de Coaticook. Si l'évaluation du projet est concluante, le modèle pourrait être exporté dans les autres MRC.
1 d)	**Implantation de modalités de soutien des ressources communautaires intervenant auprès des personnes âgées.**	° Reclassification des organismes à faire en 2003-2004 dans l'une des trois catégories : maintien à domicile, personnes âgées, centre d'action bénévole. ° Convenir des modalités de suivi de gestion avec org.communautaires.	Régie régionale	Org. communautaires Établissements	• Les organismes communautaires ont été actifs dans l'ensemble des étapes de l'implantation du RISPA. Leur contribution positive oriente favorablement les travaux. • La région dispose déjà d'outils : « Cadre de soutien financier aux organismes communautaires » (janvier 1999) et «Guide d'application du cadre de soutien financier aux organismes communautaires» (juin 2000).
2	**Systématisation de l'utilisation des plans d'intervention et des plans de services individualisés comme instrument privilégié dans les pratiques professionnelles.**	° Développer des outils pour soutenir les gestionnaires de cas dans l'utilisation systématique du PSI ainsi que dans le suivi de gestion (2003-2006). ° Rendre disponible la formation et les outils aux partenaires du RISPA. Échéance 2003-2006.	Régie régionale	Établissements Partenaires du RISPA IUGS Instances locales de concertation Resp.implantation RISPA	• Les PSI sont peu utilisés dans le réseau de services aux personnes âgées, préalablement à l'implantation des RISPA. • Les intervenants rapportent des difficultés à systématiser le PSI au quotidien. • Élément intégré à la formation en gestion de cas, en lien avec l'approche communautaire. • Le plan d'intervention est prévu à l'OEMC et fait partie de la formation. • Intégrés au SIGG.

	ACTIONS	RÉSULTATS ATTENDUS	RESPONSABLES	COLLABORATEURS [1]	ÉTAT DE SITUATION EN ESTRIE
3.	Intégration aux plans d'intervention ou de services individualisés des notions de droit, de responsabilité des personnes et de protection sociale.	° Poursuivre la démarche de formation (en cours et à suivre) sous forme de formation continue. ° Rendre disponible la formation à l'ensemble des intervenants du RISPA : 2003-2006.	Régie régionale	Établissements	• Notions intégrées à la formation en cours pour les gestionnaires de cas.
3. Mise en place de la composante administrative					
a)	Implantation de mécanismes de concertation entre les établissements, les organismes du réseau de la santé et des services sociaux, les intervenants, les spécialistes et autres partenaires de la communauté.	° Poursuivre la mobilisation en cours	Régie régionale Resp. implantation RISPA	Instances locales de concertation Comité directeur personnes âgées	Niveau stratégique : instances en place : • Table de concertation active dans chaque MRC • Table des DG de la MRC de Sherbrooke qui chapeaute le Comité local de concertation (CLC) • Comité directeur personnes âgées actif au niveau de la coordination de l'implantation du RISPA au niveau régional Niveau tactique : mobilisation • Des responsables des services aux personnes âgées en perte d'autonomie dans les MRC (MAD, CHSLD) • Des cadres de direction du CHUS, de l'IUGS, du CREI, des CHSLD, des CLSC • Des directeurs et coordonnateurs des organismes communautaires • Mobilisation locale et régionale • Montant de 5 000 $ par MRC disponible pour supporter les activités de concertation. Niveau clinique : • Présence d'une complémentarité et interdépendance clinique • Concertation clinique « formelle » dans certaines MRC • Concertation clinique se manifeste surtout via les équipes SAD.
		° Soutenir les MRC pour formaliser la concertation clinique notamment avec les médecins et les spécialistes : en continu ° Mise en place d'un comité clinique régional en 2003-2004.	Régie régionale Resp. implantation RISPA	DRMG Établissements IUGS Équipes gériatriques Org. communautaires Instances locales de concertation Comité directeur personnes âgées	

	ACTIONS	RÉSULTATS ATTENDUS	RESPONSABLES	COLLABORATEURS [1]	ÉTAT DE SITUATION EN ESTRIE
b)	**Implantation d'un budget personnes âgées en perte d'autonomie. « Afin de soutenir l'établissement et le fonctionnement de ces réseaux, des modes de gestion budgétaire facilitant l'intégration des services sont à instaurer. L'implantation graduelle d'un budget consacré aux personnes âgées en perte d'autonomie est une condition essentielle pour permettre aux intervenants de choisir plus facilement la meilleure ressource pour répondre aux besoins de la personne ». Calcul du budget en fonction du coût des services destinés à ces personnes dans les différents établissements de réadaptation et les centres hospitaliers de courte durée. Budget pouvant intégrer éventuellement les médicaments, la rémunération des médecins en lien avec leur participation au RISPA.**	° En fonction des travaux ministériels. ° Prévoir financement pour priorités retenues aux orientations : 2003-2006. ° Poursuivre les travaux sur les profils ISO-SMAF et sur l'équité.	Régie régionale	Instances locales de concertation Établissements DRMG Org. communautaires	• Connaissance des budgets déjà consentis aux différents volets hébergement / services dans le milieu / courte durée / réadaptation. À date, la Régie régionale a réalloué les sommes indiquées pour les réseaux intégrés : • 1 048 297 $ récurrent • 300 000 $ non récurrent • 300 000 $ réservé non récurrent • Difficultés pour les établissements de dégager des sommes autres que celles déjà consenties aux personnes âgées en perte d'autonomie pour implanter les réseaux intégrés. • Pour poursuivre l'implantation du RISPA, les établissements requièrent de nouvelles allocations ministérielles.
c)	**Implantation de l'entité responsable de la gestion des ressources associées à la responsabilité de population, le budget « personnes âgées en perte d'autonomie » donnera la possibilité réelle d'orienter l'utilisation des services vers une plus grande efficacité. Le budget sera administré par une seule autorité, qui sera également responsable de la gestion des réseaux intégrés.** (réf. Orientations ministérielles sur les services offerts aux personnes âgées en perte d'autonomie. MSSS. février 2001, p. 26)	° En fonction des travaux ministériels ° Désignation d'instances responsables de la gestion des ressources (gouverne) 2003-2006.	Régie régionale	Instances locales de concertation Établissements	• Dans le cadre du PROS personnes aînées adopté par le conseil d'administration de la Régie régionale le 17 septembre 1996, on identifie déjà l'approche par MRC. Au niveau des MRC périphériques, les établissements de type CHSLD, CLSC et CHCD ont fusionné. Au niveau de la MRC de Sherbrooke, les CHCD ont fusionné de façon horizontale ainsi que les CLSC. Les intervenants de la MRC ont mis sur pied le comité local de concertation, instance dynamique dédiée à l'organisation des services aux personnes âgées et responsable du RISPA pour la MRC de Sherbrooke. • Des travaux sont en cours dans la ville de Sherbrooke pour déterminer l'organisation des services et la gouverne : 2003. • Cette nouvelle forme de gouverne regroupant établissements et cabinets privés amène des changements au niveau de l'organisation des services médicaux. Des travaux sont en cours afin de favoriser l'intégration des services médicaux.

DEUXIÈME ORIENTATION : L'accès à une gamme de services mieux adaptés à la diversification et à la complémentarité des besoins.

« La perspective organisationnelle qui, dans le cas des personnes âgées en perte d'autonomie, était préalablement orientée surtout vers la compensation des incapacités, s'oriente de plus en plus vers les moyens de soutenir l'intervention précoce, le traitement et la réadaptation. L'organisation des services doit également permettre de mieux répondre à la volonté manifeste des personnes âgées de demeurer chez elles. Dans cette optique, le domicile doit être le lieu privilégié de la prestation des services »,
« La gamme de services servant à combler les besoins liés aux incapacités et à la perte d'autonomie des personnes âgées forme le noyau central des réseaux »,
« La gamme de services comprend : l'information, la prévention et le dépistage, l'aide à la personne, l'aide aux proches, les services professionnels de base, les services spécialisés de gérontogériatrie, de psychogériatrie et de réadaptation, les soins palliatifs »
(réf. Orientations ministérielles sur les services offerts aux personnes âgées en perte d'autonomie, MSSS, février 2001, pp. 28-29).

	ACTIONS	RÉSULTATS ATTENDUS	RESPONSABLES	COLLABORATEURS	ÉTAT DE SITUATION EN ESTRIE
Ajustement de la gamme de services de façon à répondre à l'évolution des besoins des personnes					
1.	**Mise en place de stratégies nationales de promotion et de prévention pour accroître les moyens de vieillir en santé Les cibles suivantes sont : particulièrement visées :** • **L'insuffisance cardiaque et les maladies pulmonaires obstructives chroniques;** • **L'arthrite et l'ostéoporose;** • **Les symptômes dépressifs et la dépression;** • **Les troubles cognitifs;** • **Les abus et la négligence;** • **La malnutrition;** • **L'usage inapproprié des médicaments;** • **Les troubles visuels et auditifs.** (réf. Orientations ministérielles sur les services offerts aux personnes âgées en perte d'autonomie, MSSS, février 2001, p. 30)	° Poursuivre la programmation en cours. ° Programmation à développer en fonction du Programme national de santé publique 2003-2012	Régie régionale	Établissements Org. communautaires GMF DRMG Médecins de famille	• Programme de prévention des chutes : implanté et évalué. Concerne 5 facteurs (nutrition, environnement, équilibre et motricité, médicaments, hypotension). Une somme récurrente de 250 000 $ en 96-97, ajout de 135 000 $ en 99-00. • Mise en place de services préventifs ciblant, entre autres, les personnes à risque de maladies chroniques; celles-ci étant une cause importante de la perte d'autonomie par leur prévalence et leur gravité (ex : cancer, maladies cardiovasculaires et respiratoires). Une allocation financière d'environ 258 000 $ est prévue pour ces services : printemps 2003.
2.	**Mise en place de mesures permettant d'assurer les services d'aide à la personne** • **aide pour les activités personnelles et l'assistance à la personne (soins d'hygiène, aide à l'alimentation, aide pour les déplacements, etc.)**	° En fonction du cadre de référence sur les services à domicile (MSSS) à venir. ° Intensification des services d'aide à la personne dès 2003-2004 en fonction des allocations budgétaires.	Régie régionale	Établissements Org. communautaires Entreprises économie sociale Résidences privées	• Couverture de l'ensemble du territoire par 6 entreprises d'économie sociale en aide domestique. • Aide à domicile pour les activités personnelles et l'assistance à la personne : • Offres de services variables entre les MRC pour clientèle à domicile incluant celle en résidence privée

	ACTIONS	RÉSULTATS ATTENDUS	RESPONSABLES	COLLABORATEURS	ÉTAT DE SITUATION EN ESTRIE
	• aide pour les activités domestiques (préparation de repas, entretien ménager, approvisionnement et autres courses, lessive, etc.) • aide pour les activités civiques (administration du budget, rédaction de documents, aide pour remplir des formulaires ou accompagner une démarche administrative)	° Cible minimale pour les services à domicile (aide, soins, services psychosociaux, inhalo, ergo, physio) mise à niveau des services à domicile de façon à atteindre la moyenne provinciale quant au pourcentage de personnes rejointes et au nombre moyen d'interventions par personne : au 31 mars 2004, les CLSC de l'Estrie desserviront 1% de plus de personnes à domicile, peu importe leur milieu de vie : augmenter le nombre moyen d'interventions à domicile par usager à 2,5 de plus en 2003-2004. ° Intensification des services d'aide aux proches dès 2003-2004 en fonction des allocations budgétaires.			• Insuffisance de ressources pour répondre aux besoins • Un niveau de services à domicile aux personnes âgées inférieur à la moyenne provinciale. Le % de personnes âgées rejointes en Estrie est de 9,4 % comparativement à 12,5 % au Québec et le nombre moyen d'interventions est de 12,7 comparativement à 20,5. Le taux optimal de desserte estimé par le MSSS est de 17 %. Sources : – Banque provinciale ICLSC – Répartition des usagers et des interventions selon les programmes clientèles et les centres d'activités du maintien à domicile, 2001-04-01 à 2002-03-31 – Document de travail, Cibles nationales d'organisation des services 2003-2008, version du 12 décembre 2002, page15
	Mise en place de mesures permettant d'assurer les services d'aide aux proches. Le fait que de plus en plus de personnes en perte d'autonomie vivent à domicile entraîne de nouvelles responsabilités pour les familles et les proches. Le réseau de la santé et des services sociaux, et la collectivité dans son ensemble, doivent prévoir des mesures pour soutenir les proches. Cette aide est essentielle pour prévenir la fatigue, le stress, l'épuisement des proches… S'assurer du consentement de la personne aidante, surtout lorsque la personne aidée a besoin de soins de plus en plus importants, est primordial. L'aide aux proches doit inclure les	° Intensification des services d'aide aux proches dès 2003-2004, en fonction des allocations budgétaires.	Régie régionale Établissements	Établissements Organismes communautaires Entreprises d'économie sociale Instances locales de concertation.	• Services de gardiennage, répit et dépannage mis en place dans l'ensemble du territoire; mais offre de services variable et disponibilité limitée.

	ACTIONS	RÉSULTATS ATTENDUS	RESPONSABLES	COLLABORATEURS	ÉTAT DE SITUATION EN ESTRIE
	services suivants : le gardiennage, le répit, le dépannage. **Ces mesures s'avèrent absolument essentielles pour les proches vivant avec une personne en grande perte d'autonomie, et devraient être adaptées aux besoins particuliers des personnes affectées par des troubles cognitifs.** (réf. Orientations ministérielles sur les services offerts aux personnes âgées en perte d'autonomie, MSSS, février 2001, p. 30)				
3.	**Mise en place de mesures pour assurer les services professionnels de base, à domicile ou en établissement :** • **Soins infirmiers** • **Services médicaux** • **Services de réadaptation et d'adaptation** • **Services psychosociaux** • **Services de pharmacie** • **Services de nutrition** (réf. Orientations ministérielles sur les services offerts aux personnes âgées en perte d'autonomie, MSSS, février 2001, p. 31)	° En fonction du cadre de référence sur les services à domicile du MSSS (à venir). ° Intensification des services professionnels de base en milieu de vie naturel dès 2003-2004 en fonction des allocations budgétaires. ° La cible concernant les services à domicile au point 2 (aide à la personne) s'applique.	Régie régionale DRMG	Établissements GMF	• Services professionnels disponibles dans l'ensemble des MRC mais accessibilité et intensité insuffisantes. • Services de pharmacie via pharmacien communautaire en général. • Services de réadaptation à développer afin de favoriser le recouvrement de l'autonomie. Problèmes de continuité dans le cadre du continuum en réadaptation • Services de nutrition : accès via les services externes (peu disponibles à domicile). • Services médicaux : problème d'accessibilité à domicile. • Besoin de rehaussement du financement. • Services aux personnes âgées avec problématique de santé mentale : problème de continuité et d'accessibilité aux services pour clientèle de 65 ans et plus.

4.	**Mise en place de services spécialisés de gérontogériatrie, de psychogériatrie et de réadaptation.**
	
	Services permettant de compléter les évaluations et les diagnostics, à moins qu'ils ne visent un traitement ou une réadaptation.
		° De 2004 à 2008, faire un état de situation quant au profil de consommation des services.
		° Réaliser une étude de besoins en services spécialisés en fonction de notre population âgée et de leur profil de santé.
		° Mesurer les écarts entre les services actuels et les services requis.
		° Élaborer des plans de rattrapage.
			Régie régionale
			Équipes gériatriques
				Établissements spécialisés
				IUGS
				CREI
				CHUS
				Établissements
				DRMG
				GMF
					• Services disponibles en Estrie sur une base régionale et dans 3 MRC.
					• IUGS :
					  • URFI (36 lits incluant 12 lits pour clientèle en besoin de réadaptation de moins de 65 ans)
					  • Services externes en réadaptation
					  • UCDG : 40 lits
					  • Consultations externes spécialisées : gériatrie, mémoire, neurologie, urologie, incontinence, physiatrie, anomalies du mouvement, surdité-

	ACTIONS	RÉSULTATS ATTENDUS	RESPONSABLES	COLLABORATEURS	ÉTAT DE SITUATION EN ESTRIE
	Les services gériatriques : interdisciplinaires (gériatres, médecins, travailleurs sociaux, infirmières, psychologues, etc.). **Les services de psychogériatrie concernent les problèmes de santé mentale ou les problèmes psychiatriques de la personne âgée et couvrent aussi les troubles mentaux associés à l'âge avancé.** **Les services spécialisés de réadaptation : viennent restaurer ou en compenser la perte. Le réaménagement de ces services devra prévoir :** ° **Une plus grande accessibilité sur le plan régional ou sous-régional;** ° **Des ententes entre les différents niveaux de services pour rendre systématique l'accès aux services spécialisés;** ° **Une augmentation des ressources financières consacrées à ces services** (réf. Orientations ministérielles sur les services offerts aux personnes âgées en perte d'autonomie, MSSS, février 2001, p. 31)	° Consolider arrimage avec le réseau en réadaptation : priorité à l'accessibilité aux services en support à l'équipe locale en lien avec les médecins de famille.			vertige, dermatologie et nutrition • Consultations en gérontopsychiatrie externe. • MRC du Granit : • Équipe multidisciplinaire gériatrique. • Réflexion en cours concernant l'implantation d'une UCDG. • MRC Memphrémagog : 5 places (unité mixte UCDG-réadaptation). • Un hôpital de jour à l'IUGS de 28 places. • Hôpital de jour en implantation dans la MRC Memphrémagog (2003-2004). • Problèmes d'accessibilité à l'ensemble des ressources. • L'accessibilité aux services gériatriques demeure un enjeu important dans le cadre de la mise en place des réseaux de services aux personnes âgées. • CRE : • Offre de services de 2 e ligne pour adaptation / réadaptation et du support à l'intégration sociale; • Offre de services de soutien et d'accompagnement à l'entourage; • Organisme accrédité pour le programme d'aide technique; • Services aux usagers de 65 ans et plus avec déficience visuelle, déficience auditive, déficience motrice.
5.	**Mise en place de programmes de soins palliatifs.**	° Plan d'action régional à établir dans le cadre du continuum santé physique en lien avec les travaux ministériels – 2003-2006 (oncologie et maladies chroniques en phase terminale).	Régie régionale	Établissements Org. communautaires DRMG GMF	• L'accessibilité et l'intégration de l'ensemble des ressources constituent un enjeu important pour l'Estrie. • En Estrie, dans le cadre de la problématique du cancer, des services organisés de façon systématique sont disponibles au CHUS (unité 12 lits) et à la Maison Aube-Lumière (10 lits). • D'autres services sont disponibles en courte durée, en CLSC et en CHSLD. • Un mécanisme de prise en charge et de suivi de la clientèle en phase palliative de cancer entre les hôpitaux et les CLSC est instaurée depuis 1996. • Aucune programmation spécifique n'est développée en CHSLD (sauf dans le Val-Saint-François).

	ACTIONS	RÉSULTATS ATTENDUS	RESPONSABLES	COLLABORATEURS	ÉTAT DE SITUATION EN ESTRIE
6	**Recours aux milieux substituts :** - **Dans le cas d'une faible proportion de personnes âgées, le maintien à domicile s'avère impossible re : cumul de facteurs de risque tels intensité des besoins en ce qui concerne les soins et services, l'importance de la surveillance à exercer compte tenu de la fragilité des personnes, la nature des incapacités (conditions mentales ou physiques détériorées, qui ne peuvent être compensées par le milieu de vie naturel)** - **Les CHSLD publics ou privés (conventionnés ou autofinancés) : avec permis du MSSS** - **Ressources non institutionnelles : RI et RTF** (réf. Orientations ministérielles sur les services offerts aux personnes âgées en perte d'autonomie, MSSS, février 2001, p. 34	° Atteindre le taux d'hébergement de 3,5 lits / 100 personnes âgées à partir de 2003-2004. ° Taux d'occupation visé : 100 % ° Multiplier les ressources non institutionnelles dès 2002-2003. ° Ajuster le nombre de ressources non institutionnelles selon les travaux du MSSS (normes RI) à venir. ° Le seuil de perte d'autonomie à partir duquel une personne peut être hébergée en CHSLD a été fixé au profil 10 en novembre 2002 en Estrie et ce, en lien avec son état de santé. ° Arrimage clinique à faire avec CHSLD privé non conventionné : 2003-2008.	Régie régionale	Établissements DRMG GMF Org. communautaires Résidences privées Centre de recherche IUGS	• Une pression est exercée sur l'hébergement en raison : • d'un manque de ressources en première ligne; • d'une insuffisance d'alternatives à l'hébergement; • de la présence de clientèles 0-64 ans en CHSLD; • d'un manque d'arrimage avec les autres continuum dont santé physique, santé mentale, déficience physique et déficience intellectuelle; • l'Estrie se situe à 3,85 lits / 100 personnes âgées.

TROISIÈME ORIENTATION : La qualité et l'évolution des pratiques, des interventions et des milieux.

« Pour que les changements organisationnels qu'implique l'intégration de services au sein de réseaux s'actualisent avec succès, pour que l'accès à une gamme de services élargie se réalise en tenant compte de la diversification et de la complexité des besoins, ces orientations doivent être supportées par un ensemble d'actions convergentes issues d'objectifs de qualité. Ces actions ont trait à l'adaptation des pratiques professionnelles, à l'évolution des interventions et à l'amélioration continue de la qualité des milieux d'hébergement public et privé ».

(MSSS, Orientations ministérielles sur les services offerts aux personnes âgées en perte d'autonomie, Plan d'action de mise en oeuvre 2001-2004, document de travail, p. 20.)

	ACTIONS	RÉSULTATS ATTENDUS	RESPONSABLES	COLLABORATEURS	ÉTAT DE SITUATION EN ESTRIE
1.	**La qualité des pratiques.** **Passe par la préoccupation constante de la qualité de vie dans un contexte de fragilité et de perte d'autonomie.** **Cinq notions sont importantes pour établir des standards de qualité et guider les interventions : l'identité, le contrôle, l'intimité, la sécurité, le confort.** **Un certain nombre de moyens contribuent à garantir la qualité des pratiques :** - **travail en équipe multidisciplinaire** - **utilisation des technologies de l'information** - **guides de pratiques** - **instances externes (ex : comité d'usagers)** - **démarches d'agrément.** (réf. Orientations ministérielles sur les services offerts aux personnes âgées en perte d'autonomie, MSSS, février 2001, p. 35-36)	° Vision transversale de la qualité à développer en Estrie – 2005-2008. ° État de situation à faire afin de déterminer un plan d'action.	Régie régionale Établissements	DRMG Centre de recherche en gérontologie et gériatrie	• Des moyens pour assurer la qualité des pratiques sont présents dans tous les établissements. • Des travaux sont à faire pour développer une vision régionale ou interétablissements.

	ACTIONS	RÉSULTATS ATTENDUS	RESPONSABLES	COLLABORATEURS	ÉTAT DE SITUATION EN ESTRIE
2.	**L'évolution des interventions, dans un contexte d'acquisition de nouvelles connaissances et d'amélioration eu égard au vieillissement, la qualité et la mise à profit de ces connaissances sont intrinsèquement liées.**	° Poursuivre les travaux avec l'Équipe PRISMA concernant les services intégrés aux personnes âgées (échéance : 2006).	Régie régionale Établissements et partenaires concernés Équipe de recherche PRISMA Équipe de recherche TELUQ	Instances locales de concertation DRMG GMF Établissements Org. communautaires Résidences privées Centre d'expertise en gérontogériatrie	
	2.1 La recherche, le transfert des connaissances et la formation continue du personnel sont des moyens privilégiés pour assurer l'évolution des interventions.	° Poursuivre les travaux dans le cadre du projet de recherche sur « Le rôle des acteurs locaux, régionaux et ministériels dans l'intégration des services aux aînés en perte d'autonomie » (échéance : 2003-2004)			• Acquis pour l'Estrie : 3 établissements universitaires (CHUS, IUGS, CLSC de Sherbrooke). • Recherches en cours PRISMA (Programme de recherche sur l'intégration des services de maintien de l'autonomie) et « Le rôle des acteurs locaux, régionaux et ministériels dans l'intégration des services aux aînés en perte d'autonomie »
	2.2 Le développement professionnel continu. **Le ministère considère les cibles suivantes comme des priorités :** **° La gestion de cas;** **° L'approche centrée sur les besoins de la personne âgée et de sa famille, avec la participation de cette dernière aux soins;** **° L'application des guides pratiques;** **° L'utilisation d'outils de dépistage;** **° L'utilisation d'un nouvel outil d'évaluation intégré;** **° L'intervention auprès des personnes atteintes de troubles cognitifs et de leurs proches.**	° Organisation d'un réseau de diffusion de l'information pour favoriser l'échange d'information sur les formations en cours : 2004.	Régie régionale	Établissements Org. communautaires Centre d'expertise de l'IUGS	• Formation réalisée dans les 7 territoires concernant la gestion de cas. Différentes dimensions y sont traitées : historique, rôles et fonctions à la gestion de cas, plan de services et approche communautaire, négociation. Cette formation étant un processus intégrateur, des notions reliées aux autres thématiques retenues par le comité aviseur personnes âgées à la gestion de cas seront aussi abordées. Les autres thématiques identifiées comme incontournables sont : ressources locales et régionales, actualisation du potentiel, intervention en situation de crise, partage d'information (confidentialité et consentement), gestion de soi. • Programme de formation à élaborer pour les intervenants concernés, notamment : interventions auprès de personnes atteintes de troubles cognitifs. • Formation en cours concernant le consentement et la confidentialité dans le cadre des réseaux intégrés. • À prévoir : soutien aux gestionnaires de cas par des activités de « coaching » et de soutien au niveau clinique.

	ACTIONS	RÉSULTATS ATTENDUS	RESPONSABLES	COLLABORATEURS	ÉTAT DE SITUATION EN ESTRIE
3.	**L'évolution des milieux de vie substituts.**				
3 A)	**Adaptation aux besoins de la clientèle et aménagement des milieux.** ° L'accent doit être mis sur le domicile de la personne ° Les services en milieu d'hébergement substitut représentent environ 78 % de l'ensemble des dépenses publiques pour les services de longue durée aux personnes âgées en perte d'autonomie. **Facteurs qui influencent l'évolution des milieux :** ° De plus en plus de personnes sont hébergées alors que leur état de santé est très détérioré. ° La présence de plus en plus importante de personnes souffrant de troubles cognitifs avec comportements perturbateurs. (réf. Orientations ministérielles sur les services offerts aux personnes âgées en perte d'autonomie, MSSS, février 2001, p. 38)	° Approche adaptée aux besoins des personnes âgées, tout particulièrement pour clientèle avec atteinte mentale prédominante, dans l'ensemble du continuum via formation et échanges cliniques 2003-2006. ° Cadre de référence concernant l'héberge-ment : 2003-2004. ° Programmation en fonction des différentes clientèles en hébergement : 2004 et suivantes.	Régie régionale IUGS Établissements Régie régionale	Établissements Org. communautaires DRMG Maisons d'enseignement IUGS Établissements Org. communautaires DRMG Comité directeur personnes âgées	• L'IUGS possède une expertise qui pourrait être mise à contribution pour la région. • Les RI- RTF sont en développement en Estrie. Des expériences d'autres régions démontrent qu'elles constituent une réponse intéressante pour les clientèles avec atteinte mentale prédominante. • Les résultats de l'évaluation ISO-SMAF des clientèles réalisée à l'hiver 2000-2001 révèlent que la clientèle s'alourdit. Voici la distribution des résultats des profils pour les CHSLD-RI et RTF : 6 (3 %) 7 (4 %) 8 (3 %) 9 (14 %) 10 (6 %) 11 (7 %) 12 (10 %) 13 (23 %) 14 (28 %) autre (3 %) • Ainsi, on observe que la moitié de la clientèle hébergée présente une atteinte mixte motrice et mentale, alitée et dépendante pour les AVQ. De plus, le taux de roulement en CHSLD se situait à 34,8 % en 2000-01, variant de 11,67 % (CHSLD avec clientèle adulte santé mentale) à 72,88 %. Le nombre d'admission en Estrie était de 552 en 2000-01. • Les données suite à l'évaluation 2002-03 seront disponibles au printemps 2003.

	ACTIONS	RÉSULTATS ATTENDUS	RESPONSABLES	COLLABORATEURS	ÉTAT DE SITUATION EN ESTRIE
3 B)	**Alternatives à l'hébergement** **Milieux d'hébergement privé** **« Les résidences privées, sans permis du Ministère, offrent divers services qui peuvent inclure des repas, la présence d'une infirmière, de l'aide domestique et occupent une place de plus en plus importante. Les personnes âgées, qu'elles soient en bonne santé ou non, restent seules à pouvoir décider de leur lieu de résidence; c'est là un droit fondamental. »**	° Ajuster les travaux concernant les services aux personnes âgées en perte d'autonomie demeurant en résidence privée en fonction du cadre de référence sur les services à domicile du MSSS à venir : 2003 et suivantes	Régie régionale	CLSC Org. communautaires Régie du bâtiment Municipalités Centre d'expertise en gérontogériatrie	• Un document de travail « Cadre de référence concernant les personnes âgées en perte d'autonomie demeurant dans les ressources d'habitation privées » a été élaboré en février 2000. Une première consultation a été effectuée auprès des CLSC de la région. • Protocole de traitement des plaintes en résidence privée adopté par le conseil d'administration de la Régie régionale en septembre 1996. • Étude du Centre d'expertise en gérontogériatrie « Intérêt des ressources privées pour un service d'appréciation et d'amélioration des soins dispensés aux personnes âgées » concernant entre autres l'Estrie.
	Élaboration d'un registre des résidences privées.	° Registre des résidences privées à compléter : 2003	Régie régionale	CLSC Org. communautaires Régie du bâtiment Municipalités Centre d'expertise en gérontogériatrie Résidences privées	• Le registre des résidences privées a été élaboré à l'automne 2002. La validation des données est en cours.
	Mise en place de mécanismes de concertation et de collaboration entre les CLSC et les résidences privées de façon à assurer un suivi des personnes vulnérables ou en perte d'autonomie et, au besoin, à procéder à une évaluation de leur état de santé.	° En fonction des travaux ministériels à venir ° Mise en place d'une table de concertation Régie / partenaires réseau et intersectoriels (re : système de qualification) .	Régie régionale	CLSC Org. communautaires Régie du bâtiment Municipalités Centre d'expertise en gérontogériatrie Commission des aînés Résidences privées Établissements Partenaires intersectoriels	• Certaines MRC ont déjà mis en place des mesures de collaboration pour assurer un suivi des personnes vulnérables en perte d'autonomie.
	Mise en place d'un système de qualification des résidences privées.	° En fonction des travaux ministériels.	Régie régionale	CLSC Org. communautaires Régie du bâtiment Municipalités Centre d'expertise en gérontogériatrie FADOQ Résidences privées	• Programme Rose d'Or implanté par la FADOQ en Estrie : aucune implication de la Régie régionale à ce moment-ci. • Étude du Centre de recherche en gérontologie et gériatrie « Intérêt des ressources privées pour un service d'appréciation et d'amélioration des soins dispensés aux personnes âgées » concernant entre autres l'Estrie.